

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N°

30

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 28 octobre 1898, à 1 heure

Par GEORGES DUBOSC

Né à Rouen, le 18 août 1871

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

PRODUCTIONS DERMOÏDES

DU

VOILE DU PALAIS

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : MM. DELBET,
WALTHER,
MAUCLAIRE,*

} *agregés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 28 octobre 1898, à 1 heure

Par GEORGES DUBOSC

Né à Rouen, le 18 août 1871

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

PRODUCTIONS DERMATOÏDES

DU

VOILE DU PALAIS

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. DELBET,

WALTHER,

MAUCLAIRE,

} *agréés.*



PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	{ HUTINEL.
Anatomie pathologique.....	{ LANNELONGUE.
Histologie.....	{ CORNIL.
Opérations et appareils.....	{ MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....	{ TERRIER.
Thérapeutique.....	{ POUCHET.
Hygiène.....	{ LANDOUZY.
Médecine légale.....	{ PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	{ BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	{ LABOULBENE.
	{ CHANTEMESSE.
	{ POTAIN.
Clinique médicale.....	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.....	{ DIEULAFOY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	{ GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	{ FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.....	{ JOFFROY.
	{ RAYMOND.
Clinique chirurgicale.....	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique ophtalmologique.....	{ TILLAUX.
Clinique des voies urinaires.....	{ BERGER.
Clinique d'accouchements.....	{ PANAS.
	{ GUYON.
	{ PINARD.
	{ BUDIN.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ.	LEJARS.	THIERY.
ALBARRAN	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ANDRÉ.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
BONNAIRE.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BROCA (Au r.)	GILLES DELA TOURETTE	MENETRIER.	VARNIER.
BROCA (ANDRÉ).	HARTMANN.	MÉRY.	WALLICH.
CHARRIN.	LANGLOIS.	ROGER.	WALTHER.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
PIERRE DELBET.	LEGUEU.	TEISSIER.	WURTZ.

Secrétaire de la Faculté : PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR TILLAUX

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

AVANT-PROPOS

Avant d'entrer dans l'exposition de ces quelques pages inaugurales, nous nous faisons un devoir de respecter un usage consacré, et d'adresser aux professeurs de l'École de Rouen nos hommages les plus vifs de reconnaissance, et nos remerciements les plus sincères pour le dévouement dont ils ont fait preuve et pour l'amitié dont ils ont bien voulu nous honorer durant nos années d'études.

Que nos maîtres dans les hôpitaux de Rouen, et que M. le Dr Ferrand, notre maître à l'Hôtel-Dieu de Paris, reçoivent ici l'assurance de notre profond respect.

Que M. le Dr Rieffel nous permette de lui adresser tout particulièrement l'expression de notre plus vive gratitude, pour nous avoir offert le sujet de cette thèse et pour s'être mis à notre disposition pour ce travail.

Que M. le professeur Tillaux veuille bien agréer nos remerciements pour avoir consenti à honorer de sa présence la présidence de cette thèse.

INTRODUCTION

Le titre de cette thèse pourra peut-être surprendre à première vue et nous paraîtrons sans doute téméraire de vouloir étudier une des questions les moins connues de la chirurgie. En effet, les productions dermoïdes sont fréquentes sur le plancher de la bouche où on les a confondues avec les grenouillettes, et où, dès le XVII^e siècle, P. de Marchettis de Padoue en cite un exemple concluant et fort bien étudié ; mais celles du voile du palais sont encore aujourd'hui à peu près inconnues.

L'idée de cette thèse nous a été suggérée par le D^r Riefel, chef des travaux anatomiques à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux, qui a eu la bonne fortune d'observer un cas probant de kyste dermoïde et qui, après nous en avoir donné l'observation, nous a aidé de ses conseils. Aussi si ce travail a quelque valeur, c'est à lui qu'en revient le mérite, et nous tenons à le remercier bien sincèrement et de ses conseils et de la bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner pendant toute la durée de nos études et surtout pendant l'année trop courte que nous avons passée dans le service de M. le professeur Tillaux.

Après un rapide coup d'œil sur les tumeurs du voile du palais en général, nous aborderons l'étude des kystes dermoïdes en citant les quelques rares observations que nous

avons pu recueillir dans la littérature médicale, pour pouvoir ensuite en étudier les symptômes, la nature, la pathogénie, l'anatomie pathologique et enfin terminer par les indications thérapeutiques qu'ils comportent.

Nous serons forcément court sur certains chapitres, étant donné qu'il est à peu près impossible de faire une étude complète de cette question avec des documents aussi peu nombreux et que notre but n'a pas été de faire une œuvre définitive, mais bien d'apporter quelque lumière sur un sujet aussi obscur.

CHAPITRE PREMIER

Coup d'œil rapide sur les tumeurs du voile du palais.

Le voile du palais, comme les autres parties de l'organisme, peut être le siège de tumeurs assez nombreuses, mais dont aucune n'est propre à cette région.

Ce sont : les abcès froids, les tumeurs anévrysmales, les angiomes, les polypes muqueux, les kystes dermoïdes, les adénomes, les fibromes, les myxomes, les enchondromes, les ostéomes, les sarcomes, les épithéliomes. On peut encore faire rentrer dans cette énumération, en suivant l'exemple de Kirmisson (1), les calculs et les corps étrangers, et aussi les tumeurs dues à l'hétérotopie d'un follicule dentaire. Mentionnons comme mémoire les gommes syphilitiques si fréquentes en cette région.

Toutes ces tumeurs présentent chacune en particulier un intérêt qui lui est propre : les unes par les caractères de leur développement comme les polypes muqueux ; les autres, par la complexité de leurs éléments, tels les adénomes formés par la réunion de plusieurs éléments anatomiques ; d'autres encore par les erreurs de diagnostic auxquelles elles ont donné lieu, ce sont les lymphangiomes (2) qui une fois au moins ont été regardés comme des adénomes et dont un examen microscopique permit seul de reconnai-

(1) KIRMISSON, *Pathologie externe*, t. II, p. 703.

(2) LEROUX, Thèse de Bordeaux, 1893.

tre la nature ; les angiomes qui grâce à leur fluctuation ont été regardés comme des abcès ; les adénomes eux-mêmes qui avant les recherches de Coyne, de Malassez, d'Hoffmann (1) et de De Larabrie (2) et surtout les travaux de Nélaton et de Michon étaient considérés comme de simples hypertrophies amygdaliennes.

Quelques-unes des tumeurs du voile du palais sont intéressantes par la gravité de leur pronostic, gravité encore obscurcie par la région dans laquelle elles se développent : ce sont les épithéliomes si graves partout ailleurs, plus graves encore au voile du palais par suite de la gêne apportée à l'alimentation. Les gommès syphilitiques ont fait de cette partie de l'organisme un de leurs sièges d'élection et elles en amènent presque fatalement la perforation.

D'autres enfin sont intéressantes par leur rareté, ce sont les productions dermoïdes qui font le sujet de cette thèse et dont la littérature médicale ne compte que quelques observations, nous pourrions presque dire un seul exemple bien probant, celui de M. Rieffel.

(1) HOFFMANN, Eine Mischgeschwulst des harten Gaumens. *Archiv. für klin. Chir.*, Berlin, 1888-89, t. XXXVIII, p. 98.

(2) DE LARABRIE, *Arch. gén. de méd.*, Paris, 1890, t. I, p. 537 et 677.

CHAPITRE II

Historique. — Observations.

En 1856, dans un article de Parmentier (1), publié dans la *Gazette médicale de Paris*, l'auteur passe en revue les différentes tumeurs de la région palatine qu'il a pu recueillir. Nous ne voyons aucune observation de kyste dermoïde, et Parmentier déclare que cette affection n'existe pas, quoique cependant elle puisse exister. Voici du reste ses propres paroles : « Il n'existe pas dans la science de kyste séreux de la région palatine ; néanmoins on conçoit qu'il puisse s'en développer dans cette région ; en effet, au voile du palais, on rencontre les ouvertures de nombreux conduits glandulaires : or, on conçoit qu'une de ces ouvertures venant à s'oblitérer, le conduit de la glandule se dilate par suite de l'accumulation du produit de sécrétion et amène un kyste séreux. »

Cependant il est permis d'ajouter une restriction à ce jugement. En effet, parmi les observations citées par cet auteur, il y en a quelques-unes qui paraissent se rapporter aux kystes dermoïdes du voile du palais : ce sont les cas cités par Jourdain (2) en 1778 dans le *Journal de Médecine*

(1) PARMENTIER, Essai sur les tumeurs de la région palatine. *Gazette médicale*, 1856, p. 347 et 379.

(2) JOURDAIN, *Journal de Médecine*, 1778.

et aussi certaines descriptions d'hypertrophie glandulaire en tout semblables à celles des kystes dermoïdes.

En 1834, Studenki (1) observe sur un fœtus de sept mois une tumeur reliée à la voûte palatine par un court pédicule et renfermant des kystes avec des cheveux, du liquide, des masses fibrineuses et des os.

Henrot (2) (de Reims) a observé un kyste palatin à contenu sébacé dont l'examen histologique n'a pas été pratiqué. L'opération fut des plus simples. C'est par énucléation bien plutôt que par dissection minutieuse qu'il a pu enlever la tumeur. Le contenu était celui qu'on rencontre à l'intérieur des kystes sébacés. C'est pour cette raison que Henrot, bien qu'il sache que normalement la voûte palatine ne contient pas de glandes sébacées, s'est cru autorisé à considérer la tumeur qu'il a extirpée comme un kyste sébacé.

Velpeau (3), dans son *Anatomie chirurgicale*, parle de tumeurs bénignes de la région palatine qui acquièrent rarement un grand volume ; il rapporte en avoir vu une de la grosseur d'une noix et une autre du volume d'un œuf, mais il ne donne pas d'autres détails.

OBS. I. — *Myxome lipomateux du voile du palais*, par M. THAON (4), interne des hôpitaux.

L..., âgée de 58 ans, entre le 30 juin 1872, salle Ste-Anne, dans le service de M. Verneuil.

(1) STUDENKI, *De quadam linguae infantis neonati abnormitate, adhuc nondum observata*, 1834. D'après Ahlfeld, Obs. 7.

(2) HENROT, *Union méd. du Nord-Est*, Reims, 1880, p. 207.

(3) VELPEAU, *Anatomie chirurgicale*, t. I.

(4) *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, XLII, année 1872, 2^e série, tome XVII, p. 353.

Femme maigre, mais bien constituée. A eu deux enfants bien portants, n'est plus réglée depuis l'âge de 44 ans ; son père et un de ses frères sont morts de cancer de l'estomac.

Elle nous raconte qu'il y a six ans, à propos d'une névralgie dentaire, elle regarda dans sa bouche et elle y aperçut une grosseur du volume d'une petite noisette, située sur le palais, à près de 1 centimètre de la ligne médiane. Depuis ce temps, cette tumeur n'a fait que s'accroître, mais fort lentement et sans douleur : le développement s'est fait dans tous les sens, mais particulièrement d'avant en arrière.

Etat actuel. — Sur le côté droit du voile du palais, tumeur du volume d'une forte noix, à grand diamètre antéro-postérieur. Ses limites exactes sont : en dedans, la ligne médiane ; en dehors, les limites mêmes de la voûte palatine ; en avant, une ligne qui raserait le bord antérieur de la deuxième grosse molaire ; en arrière, le bord du pilier antérieur peut-être un peu abaissé. Cette tumeur offre la coloration de la muqueuse avec quelques veinules un peu plus prononcées : elle est lisse partout ; au toucher, elle a une consistance ferme et uniforme. La muqueuse glisse au-dessus d'elle et profondément, la grosseur jouit d'une assez grande mobilité d'avant en arrière.

La luette est légèrement déviée à gauche. Le voile du palais a conservé sa sensibilité et une grande partie de ses mouvements.

Le doigt, porté profondément vers la paroi pharyngée, sent un obstacle du côté droit ; la tumeur fait évidemment saillie dans l'arrière-cavité ; d'ailleurs, la malade nous dit que la respiration est moins forte du côté de la narine droite.

Pas de ganglions engorgés du cou.

Les signes fonctionnels sont : un nasonnement très marqué, du ronflement pendant le sommeil, un peu de gêne pour avaler des bols alimentaires de forte dimension, quelques chatouillements provoquant de la surdité légère de l'oreille droite.

Opération le 3 juillet. — M. Verneuil fait une incision courbe sur la tumeur ; après quelques tiraillements et le décollement pratiqué avec une spatule, la tumeur vient en entier.

Les suites de l'opération ont été nulles ; pas d'hémorrhagie, pas

d'inflammation. Aujourd'hui (15 juillet), la plaie est en pleine cicatrisation.

OBS. II. — POST (1).

Tumeur fibro-kystique du voile du palais.

Femme de 45 ans, entre à Presbyterian Hospital, le 20 mai 1880 avec une tumeur occupant la moitié droite du voile du palais. Elle ne s'en est aperçue que depuis un mois.

Cette tumeur n'était pas douloureuse et ne provoquait aucun inconvénient. Elle en attribuait la formation à la pose de fausses dents.

Avant l'opération il fut impossible de faire un diagnostic exact.

Opération le 22 mai. — Post se proposait d'user largement du thermocautère de Paquelin s'il trouvait la tumeur très adhérente au voile du palais dans lequel elle était enfouie.

La malade étant éthérisée et la bouche largement ouverte, il fit une longue incision sur la muqueuse qui recouvrait la face inférieure de la tumeur. Il reconnut alors seulement que celle-ci était lâchement adhérente et il put sans difficulté l'énucléer avec la spatule.

Cette tumeur était de consistance ferme, fibreuse, longue de 4 centimètres et large de 3. Elle renfermait dans son intérieur un kyste du volume d'un gros pois.

Cruveilhier (2) rapporte l'observation également incomplète d'une tumeur palatine dont il ignore la nature exacte.

OBS. III. — CRUVEILHIER.

« En 1814, je fus consulté par une femme qui avait, me dit-on, un abcès de la voûte palatine, lequel gênait beaucoup l'articulation des sons, la mastication et la déglutition. Je reconnus de la fluctuation.

(1) POST, *Medical Record*, 1880, t. XVIII, p. 100.

(2) CRUVEILHIER, *Essai sur l'anatomie pathologique ; anatomie pathologique générale*, 1856, p. 360.

J'incisai ce prétendu abcès d'avant en arrière et je vis sortir au lieu de pus une matière blanchâtre d'apparence mélicérique.

La malade interrogée me dit que cette tumeur était survenue lentement et sans douleur, qu'on l'avait déjà ouverte deux fois et qu'elle s'était reproduite. Alors, sûr que j'avais affaire à une tumeur enkystée j'agrandis l'ouverture, je remplis avec de la charpie cette poche qui est peu à peu revenue sur elle-même. La malade a parfaitement guéri.

Était-ce bien à un kyste formé aux dépens d'une glandule palatine que j'avais affaire ? »

Malheureusement ces observations sont incomplètes et il nous est difficile de les faire rentrer dans le cadre de notre sujet.

Peu de temps après cette communication, Parmentier lui-même communiquait une observation de kyste séreux du palais recueillie par Saucerotte (1) de Lunéville.

Depuis 1856, nous ne rencontrons que deux observations de kystes dermoïdes du voile du palais : celle de Leroux (2) en 1867 et celle de Desprès (3) en 1874. A ces deux faits nous en ajouterons un troisième, celui de M. Rieffel, le plus complet.

Nous laisserons de côté une variété particulière de petites tumeurs étudiée par Guyon et Thierryen 1869. Ce sont des kystes situés dans l'épaisseur de la muqueuse buccale, blanchâtres, du volume d'une tête d'épingle, souvent multiples, siégeant de préférence à la voûte palatine, principalement au niveau du raphé médian, ou à l'insertion du voile du palais au bord postérieur de la voûte palatine os-

(1) SAUCEROTTE, Kyste séreux du palais. *Gazette médicale*, 1856, p. 445.

(2) LEROUX, *Bulletin de la Société anatomique*, 1867, p. 40.

(3) DESPRÈS, cité par FONNEGRA, Thèse de Paris, 1883, n° 1286.

seuse. Ces kystes sont très fréquents et se rencontrent dès le sixième mois de la vie intra-utérine. Vers le deuxième mois après la naissance, la petite poche se rompt et son contenu s'évacue. Ce contenu analogue à la matière sébacée est formé de cellules épithéliales lamelleuses. Les parois sont tapissées d'un épithélium pavimenteux semblable à celui de la muqueuse buccale.

Obs. IV. — *Kyste séreux du palais.*

Observation recueillie par M. le D^r SAUCEROTTE de Lunéville et communiquée par M. le D^r PARMENTIER.

Mme G..., âgée de 50 ans environ, d'une bonne constitution, vient me consulter au printemps de 1855, pour une tumeur qu'elle présentait à la région palatine, tumeur qui par son volume gênait la mastication et causait de vives inquiétudes à la malade. Cette tumeur, du volume d'un demi-œuf de pigeon, s'étendait sur la moitié droite de l'os palatin depuis la partie postérieure de la seconde incisive jusqu'au milieu du palais sans dépasser la ligne médiane. La consistance était fluctuante, élastique ; la coloration de la muqueuse normale ; l'os palatin déprimé par la présence du kyste présentait en arrière une légère saillie en forme de crête. Pas de douleur.

En même temps, on observait une carie des deux incisives droites qui avait causé à la malade d'assez vives douleurs. Soupçonnant la présence d'un abcès, je conseillai l'extraction des deux dents malades.

L'opération, pratiquée à quelques mois de distance, n'amena aucun changement dans la tumeur. Le médecin qu'elle consulta à la campagne lui recommanda de ne pas laisser toucher à la tumeur, menaçant si elle était opérée d'une perforation palatine.

Nonobstant ce conseil, Mme G... consentit à l'opération que je proposai et qui fut pratiquée le 30 décembre 1855.

La tumeur vidée à l'aide d'un trocart fin à canule laissa écouler une sérosité jaunâtre sur laquelle submergeaient quelques yeux de graisse.

Une injection d'eau pure ayant lavé la surface du kyste, je poussai

dans la cavité un mélange à parties égales de teinture d'iode et d'eau additionnée d'iodure de potassium. Une partie s'écoula au dehors au bout de quelques minutes ; le reste fut abandonné dans le kyste. Les phénomènes ordinaires consécutifs aux injections iodées eurent lieu, et aujourd'hui, six mois après l'opération, la guérison est parfaite. Il existe à la place de la tumeur un épaissement sous-muqueux et la crête formée par dépression de l'os palatin, petites difformités qui n'apportent aucune gêne aux fonctions des mâchoires.

Parmentier ajoute quelques conseils pratiques relatifs à l'opération et se prononce pour l'excision.

Obs. V. — *Hétérotopie fœtale à forme de kyste dermoïde.* —

M. le Dr LEGROUX (1).

M. le Dr Legroux montre à la Société un curieux exemple d'hétérotopie fœtale recueillie dans les circonstances suivantes :

Un enfant nouveau-né présente pendant les deux premiers jours qui suivent sa naissance une gêne très grande de la respiration et une teinte asphyxique très prononcée. En recherchant les causes de ces accidents, on découvre sur le pilier antérieur droit du voile du palais une tumeur obstruant en partie l'isthme du gosier. Cette tumeur sphérique a le volume d'une petite pomme d'api et adhère au pilier par un pédicule assez large. L'extirpation en est faite aussitôt par M. A. Richard.

L'examen de cette pièce permet de constater qu'elle est constituée en grande partie par de la graisse contenue dans les mailles d'une trame fibreuse. Au milieu de ces pelotons adipeux, on sent des noyaux d'induration qui sont formés par de petites masses cartilagineuses dont quelques-unes présentent des points d'ossification.

Au microscope, on reconnaît parfaitement les éléments du cartilage fœtal et les corpuscules osseux dans les points ossifiés. Au centre de la tumeur existe une cavité, un kyste renfermant un liquide filant,

(1) LEGROUX, *Bulletin de la Société anatomique*, 1867, p. 10.

visqueux, incolore et inodore. La capacité de ce kyste est celle d'une forte noisette ; il est tapissé par une membrane revêtue d'épiderme, d'un léger duvet et ressemblant en tous points à la peau du nouveau-né. On y trouve des glandes sébacées, des glandes sudoripares, du tissu élastique et du tissu lamineux. Des vaisseaux en petit nombre parcourent l'épaisseur de la tumeur ; on n'y trouve pas de nerfs. Il faut très probablement rapporter à la sécrétion des glandes le liquide contenu dans le kyste.

Cette pièce est remarquable par son siège rare et cependant très important à connaître à cause des indications d'urgence qu'il fournit. En effet, l'asphyxie était imminente et si l'ablation n'eut pas été faite immédiatement la vie de l'enfant était menacée.

Cette tumeur est un exemple d'hétérotopie fœtale à forme dermoïde et non d'inclusion fœtale. D'après la classification de M. Lebert, on devra la ranger dans la catégorie des kystes dermoïdes profonds, non ovariens, qui se rencontrent dans le poumon, le foie, les épiploons, l'utérus, la vessie, la cavité orbitaire et beaucoup plus rarement dans le pharynx, et sur le voile du palais comme dans le fait décrit ci-dessus.

Obs. VI. — *Adénome kystique du voile du palais. — Ablation par le serre-nœud écraseur. — Guérison (1).*

Une femme de 35 ans, d'une assez forte constitution et d'une heureuse santé entre le 22 juin 1874 à l'hôpital Cochin pour une tumeur de l'arrière-bouche. Rien dans ses antécédents ne révéla d'affection syphilitique. Elle commença il y a douze ans à éprouver la sensation d'un corps étranger au fond de la bouche et des accès de toux quinteuse firent découvrir à la malade dans cette région la présence d'une petite tumeur. Cette production morbide qu'un médecin de Chaumont a jugée il y a dix ans, devoir être enlevée, a été depuis l'objet d'une erreur de diagnostic. Un autre médecin la prit pour une tumeur syphilitique et soumit la malade au traitement mercuriel d'abord, puis à

(1) DESPRÉS, 1874. Cité par FONNEGRA, *Des épithéliomes enkystés du voile du palais*. Thèse de Paris, 1883.

une médication prolongée à l'iodure de potassium. Aucune modification ne se manifesta dans le volume de la tumeur ni dans les symptômes fonctionnels. C'est alors que la malade se présenta à l'hôpital.

Voici quel était l'état de la tumeur : Toute la moitié gauche du voile du palais était envahie par une tumeur bosselée ayant le volume d'un œuf de poule.

La partie droite du voile du palais était refoulée à droite ; la tumeur descendait jusque sur l'épiglotte et donnait à la malade des envies presque continuelles de vomir. Sa voix était nasonnée ; l'appétit était presque nul. La tumeur offrait de nombreuses bosselures dont les supérieures translucides avaient toutes les apparences d'un kyste séreux et c'était seulement quand on touchait la partie du voile du palais intacte qu'on provoquait des envies de vomir. M. Després vit dans la tumeur un exemple remarquable d'adénome kystique des glandes du voile du palais.

Le 9 juillet 1873. — M. Després pratiqua l'opération. Un trocart long a ponctionné les deux kystes les plus apparents et en a fait évacuer une cuillerée à bouche d'un liquide séreux ; la tumeur a été diminuée d'autant. Ensuite avec le serre-nœud écraseur, M. Després pédiculisa la tumeur aux deux traits d'écrasement. Celle-ci fut séparée du voile du palais comme un gland chassé de sa capsule. Elle a été amenée au dehors intacte, absolument intacte.

L'opération s'acheva en 5 minutes sans le moindre écoulement de sang.

Six jours après, la malade, présentée à la Société de Chirurgie, parlait bien et n'avait pas la moindre trace d'inflammation dans la bouche. Elle ne souffrait ni en mangeant, ni en buvant, ni en parlant.

L'examen histologique fut fait par M. Coyne : La capsule d'enveloppe était fermée de tissu conjonctif fibreux très dense. La face interne était recouverte d'une couche de cellules ovoïdes analogues à des éléments fibro-plastiques. Cette couche d'éléments embryonnaires était d'une épaisseur variable mais continue et formait à la périphérie les cavités kystiques.

OBS. VII. — HALE WHITE (1).

Il s'agit d'une tumeur de la région palatine chez un enfant de 3 ans. Elle était située au-dessous et en arrière de la luette, longue de deux pouces et paraissait prendre insertion sur la partie supérieure du pilier postérieur. Cette tumeur fut enlevée sans difficulté par le chirurgien Morratt Baker.

Examen microscopique. — La structure de la paroi ressemble à celle de la peau et contenait des cheveux et des glandes dans son épaisseur. Dans l'intérieur de la poche, on trouve de la graisse et une petite pièce cartilagineuse.

A son avis, la tumeur a dû naître dans la région intermédiaire au voile du palais et au pavillon de la trompe d'Eustache parce qu'à ce niveau se produit la jonction de l'hypoblaste et de l'épiblaste. D'après Hale White, chez les chiens, on rencontre en général à ce niveau quatre petites touffes de poils et pour lui la tumeur peut être considérée comme un cas d'anomalie réversible.

OBS. VIII. (inérite). — Due à l'obligeance de M. le Docteur RIEFFEL.

Mme B..., âgée de 44 ans, ménagère. Cette dame ne présente aucune particularité dans ses antécédents héréditaires et personnels. Elle a eu trois enfants tous nés à terme et bien conformés. Elle est encore actuellement bien réglée.

Depuis son adolescence, elle s'est aperçue qu'elle portait au niveau du palais une petite saillie qu'elle appelle une excroissance de chair, indolente à la pression, au contact de la langue, au passage des aliments et n'amenant aucun trouble de la phonation. Cette saillie présentait à peine le volume d'une lentille.

Dans le courant de 1889, à la suite d'une fausse couche de trois mois, cette saillie a augmenté de volume au point d'acquérir les dimensions d'une noisette.

En 1892, après une attaque d'influenza, nouvel accroissement assez rapide, suivi d'ouverture spontanée avec issue de filaments blanchâtres

(1) HALE WHITE, *British med. Journal*, 1881, t. I, p. 597.

et de quelques gouttes de sang. L'orifice s'est refermé mais la tumeur a continué de s'accroître jusqu'en décembre 1896.

Le 22 décembre 1896, la malade vient consulter et voici ce que l'on constate : à l'inspection extérieure, rien d'anormal. Pas de ganglions cervicaux, pas de vices de conformation appréciable des parties molles, ni du squelette de la face. Dentition bonne.

A l'ouverture de la cavité buccale, on est immédiatement frappé par l'existence d'une tumeur ovoïde de la forme et du volume d'une noix. Cette tumeur, sessile, s'insère par une large base sur le voile du palais depuis l'épine nasale postérieure jusqu'à un centimètre en avant de la racine de la luette. Son grand diamètre est antéro-postérieur.

Dans le sens transversal, la tumeur ne dépasse pas les limites du voile et n'envahit en aucune façon les piliers palatins. Sa surface est recouverte d'une muqueuse qui paraît intacte, sans aucune veinosité, sans aucune altération. A la partie antérieure seule, une petite dépression cicatricielle résultant de l'ouverture antérieure.

A la palpation, la tumeur est dépressible, et même il est facile d'obtenir une véritable sensation de fluctuation analogue à celle d'un lipome. La pression énergique exercée au centre ne provoque aucune douleur et la consistance en est parfaitement uniforme.

A la périphérie, la tumeur devient irrégulière. Les bords, en effet, quoique nettement limités, paraissent légèrement indurés, et tout en avant, au niveau de la jonction du voile dur et du voile mou, on sent un léger relief où la pression est assez pénible.

Pas d'exostose médio-palatine qui puisse faire penser à une syphilis antérieure.

Ajoutons aussi que la tumeur ne présente ni réductibilité vraie, ni expansion, ni battements.

La langue est légèrement déprimée, mais il n'existe aucun trouble appréciable de la déglutition, de la respiration qui se fait par la bouche aussi bien que par le nez. Du reste, un stylet recourbé traverse sans la moindre difficulté toute l'étendue des fosses nasales et peut être senti à l'orifice postérieur de celles-ci.

Jamais la malade n'a eu d'accès de suffocation, mais elle a quelque difficulté pour parler et pour émettre les consonnes palatines. Elle se

plaint aussi de sécheresse de la bouche et de la gorge et de sensations analogues à celles qu'on éprouve dans les angines.

Le pharynx tout entier est normal, sans rougeur ni granulation.

Pas d'affaiblissement de l'ouïe.

Après avoir discuté les différents diagnostics possibles, nous nous arrêtons à celui d'abcès froid symptomatique d'une ostéo-périostite de la voûte palatine à la ponction de celle-ci avec le voile.

Opération le 6 janvier 1897. — Après nous être assuré que les urines ne contiennent ni albumine ni sucre, on fait l'anesthésie locale à la cocaïne, puis la malade est assise, la tête fortement renversée en arrière.

Après une incision antéro-postérieure, nous sommes étonné de voir sortir un peu de sérosité, puis une matière caséeuse renfermant de petits poils. Nous nous mettons alors en demeure d'extirper la poche. Nous y réussissons sans trop de difficultés sauf à la partie antérieure. Il semble que la tumeur prenne une insertion osseuse.

La paroi a nettement l'aspect épidermoïde.

Bourrage de la poche et de la partie antérieure de la plaie à la gaze iodoformée ; réunion au catgut de la moitié postérieure. Ablation de la mèche après quarante-huit heures. Guérison complète au bout de quatorze jours.

Examen anatomique. — On n'a pu examiner que des portions de la tumeur enlevée par fragments. Son contenu est formé par une bouillie jaunâtre, sans aucun élément résistant. La poche était unilobulaire. La paroi est mince, souple ; elle a l'aspect d'une muqueuse. Elle paraît essentiellement constituée par une couche conjonctive riche en vaisseaux avec des soulèvements papillaires. A la face interne existent des cellules épithéliales en couche discontinue.

A la face externe on distingue nettement un épithélium pavimenteux stratifié (c'est celui de la muqueuse palatine). Dans la paroi se trouvent quelques végétations glandulaires.

La malade a été revue en septembre dernier, la tumeur n'avait pas récidivé.

D'après les faits que nous venons d'exposer, on peut

voir que des liens étroits rattachent toutes les productions à structure dermoïde non seulement entre elles, mais encore avec les autres tumeurs polykystiques congénitales et même avec les véritables monstres doubles.

Indépendamment de ces productions dermoïdes enkystées, on en a signalé de non enkystées, mais en l'absence de faits nouveaux à produire, nous nous contenterons de mentionner ceux qui ont été rapportés, nous réservant d'étudier plus spécialement les kystes dermoïdes seuls.

Des tumeurs de volume et de structure variables, recouvertes d'une peau véritable avec poils et glandes peuvent se développer sur le voile du palais. Lambl (1) parle d'une tumeur située dans la cavité buccale chez un enfant, dont l'extrémité postérieure se cachait derrière le voile du palais, en sorte que son insertion précise ne put être déterminée; elle se détacha spontanément et l'on put reconnaître qu'elle était formée de tissu conjonctif et adipeux avec des vaisseaux et que son enveloppe était formée par de la peau avec follicules pileux et sébacés.

En 1874, Clérault (2) présente à la Société anatomique une tumeur solide, non kystique, implantée sur la voûte palatine d'un nouveau-né; cette tumeur était formée de graisse et de fibres musculaires striées et recouverte d'une membrane cutanée avec épiderme, poils et glandes sébacées.

(1) LAMBL, *Beob. u. Studien aus dern Franz-Joseph-Kinder Spitals*, cité par J. ARNOLD.

(2) CLÉRAULT, Tum. congén. de la voûte palatine. *Bull. de la Soc. anatom.*, 1874, p. 380.

Ahlfeld a décrit une tumeur très complexe de la voûte palatine et de la paroi postérieure du pharynx qui contenait des kystes, des tissus osseux, cartilagineux, nerveux et à la surface de laquelle se trouvait de la peau couverte de cheveux et présentant même sur un appendice digitiforme la matrice d'un ongle.

CHAPITRE III

Étude clinique des kystes dermoïdes du voile du palais.

L'histoire clinique des kystes dermoïdes du voile du palais n'est pas faite et il nous est difficile d'en donner une description complète.

§ 1. — Définition.

Nous trouvons dans les ouvrages médicaux un grand nombre de définitions s'appliquant à cette affection ; mais les unes pèchent par leur concision, les autres par leur trop grande étendue et il nous faut arriver en 1890 pour trouver une définition satisfaisante :

« On appelle kystes dermoïdes, dit Quénu (1), des kystes dont la paroi est constituée par un épithélium appliqué sur un derme analogue au derme cutané ; souvent cette paroi renferme des glandes sébacées et des follicules pileux, plus rarement on y remarque des papilles et des glandes sudoripares. »

En 1896, Pierre Delbet (2) donnait sous une autre forme une nouvelle définition des kystes dermoïdes, qu'il faisait

(1) QUÉNU, *Traité de chirurgie* publié sous la direction de DUPLAY et RECLUS, t. I, 1890, p. 466.

(2) PIERRE DELBET, *Traité de chirurgie clinique et opératoire* publié sous la direction de LE DENTU et DELBET, t. I, 1896, p. 679.

rentrer dans la catégorie des tumeurs hétérotopiques : « Je comprends sous cette dénomination des tumeurs composées de plusieurs tissus en eux-mêmes normaux ou à peu près, mais qui n'ont aucun rapport de structure avec les organes et les régions où elles se développent. »

§ 2. — Symptomatologie.

Les kystes dermoïdes du voile du palais se présentent sous forme de petites tumeurs dont la grosseur varie entre celle d'une lentille et celle d'une grosse noix. La tunique qui les recouvre glisse sur la tumeur et présente les caractères des tissus environnants. Elle ne paraît nullement altérée et ne présente ni ulcération, ni vascularisation anormale ; pas d'altération de son épithélium, pas de changement d'aspect. Ils sont en général indolents à la pression et donnent au doigt qui les explore une véritable sensation de fluctuation rappelant vaguement celle du lipome ; ils peuvent cependant parfois offrir une consistance pâteuse, circonstance qui permettrait peut-être d'en faire le diagnostic. Ils se développent d'une façon lente et insidieuse et ne révèlent leur présence par aucun symptôme ; si ce n'est dans certains cas, par une gêne de la déglutition et de la phonation, en particulier pour les consonnes palatines, ce qui donne à la voix un caractère nasonné. Disons cependant que ce nasonnement n'est pas un caractère propre à l'affection qui nous occupe, car toute maladie capable de gêner la fonction du voile du palais ou de changer les conditions de résonnance de la cavité bucco-pharyngée peut déterminer des phénomènes analogues.

Leur développement est lent et insidieux, mais progressif ; ils peuvent quelquefois s'ouvrir et se vider spontanément, mais bientôt ils augmentent de volume surtout si d'autres maladies viennent frapper l'organisme : on en voit un exemple dans l'observation de M. Rieffel.

Ces kystes ne présentent pas d'adénopathie de voisinage : « Ils se comportent dans l'organisme comme de véritables parasites ; ils sont nettement circonscrits, n'ont aucune tendance envahissante, ne retentissent en rien sur l'état général (1) ».

Plus fréquents chez la femme que chez l'homme, ils s'implantent entre le voile mou et le voile osseux sans que l'on puisse en donner la raison.

§ 3. — Diagnostic.

Le diagnostic des kystes dermoïdes du voile du palais n'est pas toujours facile à établir à première vue, et lorsqu'on a étudié la question à fond, on comprend qu'ils aient pu donner lieu à des erreurs de diagnostic, du moins dans certains cas.

La présence d'une tumeur fluctuante, arrondie, proéminente à la face antérieure du voile du palais, n'altérant et n'ulcérant pas la muqueuse, fait rejeter l'hypothèse de syphilis héréditaire ou tertiaire dont les manifestations sont si fréquentes en cette région.

On ne les confondra pas non plus avec les lipomes palatins dont la consistance est molle et qui présentent une

(1) PIERRE DELBET, *Loco citato*.

teinte jaunâtre à travers la muqueuse palatine — avec les papillomes dont la marche et les caractères sont essentiellement différents de ceux des kystes dermoïdes — avec les lymphangiomes qui présentent une consistance dure, résistante, donnant la sensation d'une tumeur fibreuse — avec certains sarcomes dont la marche et les graves symptômes n'ont rien de commun avec la marche et les symptômes bénins des tumeurs qui nous occupent. Le sarcome a une marche plus rapide et s'accompagne promptement de troubles de compression et de douleurs ; il envahit les cavités voisines dans lesquelles il envoie des prolongements.

Nous arrivons à une affection plus commune du voile du palais avec laquelle il est particulièrement facile de confondre le kyste dermoïde : c'est l'adénome dont la marche lente, le début insidieux, le petit volume du moins dans un certain nombre de cas, l'aspect et la forme peuvent donner le change.

Nous avons recherché dans les différentes observations d'adénomes du voile du palais et en particulier dans celles que contient l'excellente thèse de Fano (1), des caractères différentiels, mais nous ne sommes arrivé qu'à un résultat à peu près négatif. Dans le plus grand nombre de cas, disons cependant que l'adénome a une consistance plus résistante, qu'il ne présente pas de fluctuation, qu'il s'accompagne souvent d'accidents plus graves ou du moins plus accusés et qu'il peut acquérir un volume plus grand. Malgré ces quelques différences, nous estimons qu'il est à

(1) FANO, *Des tumeurs de la voûte palatine et du voile du palais*. Thèse de Paris, 1857.

peu près impossible avec les données actuelles de la science de formuler un signe diagnostique net entre ces deux tumeurs.

Il en est de même malheureusement avec une autre affection, bien commune elle aussi, nous voulons parler des abcès froids de la voûte palatine. Deux fois sur les cinq observations citées, la confusion a été faite et il faut bien avouer qu'elle était justifiée et qu'entre ces deux affections, kyste et abcès froid, la balance devait fatalement pencher du côté de celle dont la fréquence est la plus grande, c'est-à-dire du côté de l'abcès froid.

§ 4. — Pronostic.

Le pronostic des kystes dermoïdes du voile du palais est, comme celui des kystes dermoïdes des autres parties du corps, en général bénin.

Cependant, plus le sujet est jeune, plus l'affection paraît grave : « Les kystes dermoïdes sont des tumeurs essentiellement bénignes, dit Trévoux (1), à marche lente, ne causant jamais directement de phénomènes dangereux et ne nécessitant d'intervention que lorsque leur volume devient trop considérable ».

Mais ce qu'il ne faut pas perdre de vue, c'est que les kystes dermoïdes, par suite d'une intervention maladroite ou incomplète, ou par le fait d'une influence qui nous échappe, peuvent présenter une dégénérescence épithéliomateuse. Il suffit pour s'en convaincre de citer quelques lignes d'une

(1) TRÉVOUX, *Des tumeurs à tissus multiples*. Thèse de Paris, 1888, p. 24.

communication de Cornil et Babinsky en 1865 à la Société anatomique (1) :

« Les tissus d'origine congénitale sont susceptibles de se comporter comme les tissus correspondants de l'adulte : une paroi cutanée de kyste peut devenir l'origine d'un épithéliome pavimenteux (2). » Il se produit ainsi une superposition de tissus néoplasiques d'adulte et de tissus néoplasiques d'embryon avec toutes les conséquences possibles au point de vue de la généralisation (3).

Le pronostic des kystes dermoïdes du voile du palais doit donc être réservé.

(1) CORNIL et BABINSKY, *Société anatomique*, 1865.

(2) CESTER, Observation in *Obstetric. Soc. of London*, 2 avril 1884, p. 86.

(3) QUÉNU, *Loco citato*.

CHAPITRE IV

Anatomie pathologique.

1° CARACTÈRES GÉNÉRAUX. — La structure des kystes dermoïdes a été fort bien étudiée et l'on est arrivé à se convaincre qu'ils étaient formés de tissus multiples; aussi Brard (1) de Lyon et Trévoux (2) son élève les rangent-ils dans les tumeurs à tissus multiples, tandis que Delbet (3) les range parmi les tumeurs hétérotopiques, c'est-à-dire parmi « des tumeurs formées de plusieurs tissus en eux-mêmes normaux ou à peu près qui n'ont aucun rapport de structure avec les organes ou régions où elles se développent ».

Nombreux sont les différents types de ces tumeurs congénitales à structure dermoïde. Entre les plus simples et les plus compliquées existe une gradation qui permet de les relier toutes les unes aux autres, quoique tout soit variable dans ces tumeurs, aussi bien la forme et les caractères extérieurs que la structure intime.

D'un volume inégal variant des dimensions d'une lentille à celles d'un œuf de poule, ces tumeurs sont unilocu-

(1) BRARD, Des tumeurs à tissus multiples. *Lyon médical*, 6 mai 1888.

(2) TRÉVOUX, *Loco citato*.

(3) DELBET, *Loco citato*.

lares ou multiloculaires, toutes les cavités pouvant être de nature dermoïde, ou les différentes loges pouvant n'avoir ni la même structure ni par suite le même contenu. Enfin on a rencontré des tumeurs complexes renfermant des parties fœtales bien caractérisées par la forme, des débris manifestes de fœtus, et même, dans un cas remarquable de Baard de la Faille, ces parties fœtales consistaient dans la moitié inférieure du corps de deux monstres acéphales distincts, reliés à une tumeur palatine par l'intermédiaire d'un cordon ombilical bifurqué.

Nous négligerons ces tumeurs complexes que nous n'avons citées que pour mémoire, et ne nous occuperons que des parties kystiques et des divers tissus qui peuvent s'y associer. Ajoutons enfin que les kystes qui nous intéressent ne présentent aucune adhérence avec les parties environnantes, ce qui permet de les énucléer facilement. Il y a cependant des exceptions, puisque dans l'observation VIII nous voyons le kyste présenter un pédicule d'implantation osseuse, comme les kystes de la queue du sourcil qui « adhèrent au squelette, mais qui avec le temps peuvent être légèrement mobilisés sur le frontal » (Tillaux) (1).

2^o PAROI. — La surface interne de la paroi rappelle ordinairement l'aspect de la peau ou plutôt d'une muqueuse, lisse, unie, à reflets nacrés, ou blanchâtre et recouverte de plaques sébacées analogues au smegma préputial ; d'autres fois elle est inégale, blanc mat, plissée.

Son épaisseur est très variable ; mince et souple, ou consistante et épaisse, elle peut être calcifiée en tout ou partie. L'épithélium peut même disparaître en certains points.

(1) TILLAUX, *Traité de chirurgie clinique*, 1894, p. 235.

3^e CONTENU. — Le contenu varie suivant la nature de la paroi.

Si celle-ci contient des follicules pileux, on rencontre des poils libres et il se peut qu'il n'y en ait plus d'implantés. Jamais encore on n'a trouvé de dents dans la variété qui nous occupe ; mais des fragments cartilagineux, voire même osseux ou en voie d'ossification y ont été trouvés (Legroux). Des débris de parois, des lambeaux cutanés ont pu être détachés.

Tous ces produits sont mêlés plus ou moins intimement à la matière sébacée qui forme le contenu ordinaire de ces kystes. Cette matière est « constituée au microscope, par de la graisse libre principalement, des cristaux de cholestérine, des débris de cellules épithéliales plus ou moins déformées et racornies ou infiltrées de graisse.

A l'œil nu, elle ne se présente pas toujours sous le même aspect : le plus souvent, c'est un magma blanchâtre ou jaunâtre ayant la consistance d'une bouillie..... Tantôt elle est homogène, d'un blanc éclatant ou plus ou moins jaunâtre ; tantôt elle présente des grumeaux comparés à du riz cuit, à de la matière caséuse. Le contenu graisseux a été comparé au beurre, au suif fondu, au miel concret (mélécérès), à la crème, au mortier de plâtre (Jarjavay), à la châtaigne cuite (Denonvilliers et Verneuil, Gallard), etc. (1). »

On peut trouver en outre du liquide séreux ou mucilagineux ; de la sérosité jaunâtre ou un contenu albumineux (Verneuil).

La matière grasse peut être en fusion à la température

(1) LANNELONGUE et ACHARD, *Traité des kystes congénitaux*, 1886, p. 61.

du corps et se présenter sous forme d'un contenu huileux ressemblant à de l'huile d'olives et se figeant en une masse qui a l'aspect, la consistance et même le goût du beurre (Dupuytren, cité par Cruveilhier).

4° STRUCTURE. — La paroi dermoïde présente les caractères généraux du tégument externe : derme souvent doublé dans la profondeur d'un pannicule adipeux et revêtement épithélial formé de cellules pavimenteuses stratifiées qui subissent l'évolution épidermique.

Le derme présente sa structure habituelle : tissu conjonctif feutré, quelques fibres musculaires lisses, vaisseaux assez développés, ordinairement pas de nerfs. Tantôt il n'y a pas de papilles ; tantôt elles existent, mais irrégulières et de dimensions variables.

L'épiderme peut avoir ses caractères ordinaires, mais souvent la couche cornée est en partie desquamée et se continue d'ailleurs sans démarcation précise avec les cellules qui forment le contenu sébacé de la poche kystique.

On a trouvé des glandes sudoripares, mais les glandes sébacées ont été plus souvent signalées, annexées aux poils indépendantes des follicules pileux, ou quelquefois très volumineuses.

Différentes variétés de poils ont été observées depuis les petits poils follets, blanchâtres, fins et courts, simple duvet, jusqu'aux véritables cheveux isolés ou en pelote plus ou moins denses ; leur coloration n'est nullement en rapport avec celle des cheveux du sujet.

Nous avons dit que les dents jusqu'ici paraissent faire défaut, il en est de même des ongles. La structure des kystes du voile du palais diffère donc peu en somme, de celle

des kystes dermoïdes en général ; peut-être même n'en est-elle pas du tout différente : il ne s'ensuit pas en effet de ce qu'on n'y ait pas observé toutes les variétés, qu'on ne doive jamais les y trouver. L'attention, à l'avenir, étant attirée de ce côté, permettra sans doute d'observer ces kystes plus fréquemment qu'ils ne l'ont été jusqu'alors, et par suite de compléter leur anatomie pathologique encore embryonnaire.

CHAPITRE V

Pathogénie.

Pour expliquer la pathogénie des kystes dermoïdes en général, on a émis un certain nombre de théories dont quelques-unes nous ont paru intéressantes à étudier.

Nous ne parlons que pour mémoire des premières théories qui nous font sourire aujourd'hui et qui, tant était grande la crédulité de nos devanciers, ont joui pendant des siècles d'une certaine autorité : les maléfices, le mauvais œil, etc.

Au siècle dernier, la théorie la plus originale, mais sans fondement, était celle des Incubes, émise et défendue par Schacher qui prétendait que les tumeurs dont nous parlons étaient le résultat d'un commerce illicite avec l'esprit malin.

Ce n'est qu'en 1815 que Meckel fonda sa théorie (*Lucina sine concubitu*), point de départ d'une théorie beaucoup plus intéressante, la parthénogénèse, qui devait avoir son heure de célébrité et ses partisans.

Cruveilhier (1) en 1849 divise les kystes dermoïdes en profonds et superficiels. Les premiers sont rapportés à deux causes principales : les kystes par rétention développés aux dépens des follicules pileux, et les kystes formés

(1) CRUVEILHIER, *Anatomie pathologique*, p. 360.

de toutes pièces se développant aux dépens d'un tissu nouveau. Cette première théorie, la seule qui ait quelque mérite ne tarda pas à être rejetée. L'auteur en effet confond les kystes dermoïdes sous-cutanés avec les lipomes et les kystes par rétention ; il ne donne aucune explication sur l'évolution des kystes formés de toutes pièces dont il se contente de signaler l'existence et ne nous dit pas d'où vient ce tissu cutané nouveau.

Geoffroy St-Hilaire considère le kyste dermoïde le plus simple comme un individu primitivement distinct qui s'est soudé à un autre, a tenté, sans y réussir du reste, de se développer aux dépens de ce dernier ; il est resté par conséquent incomplètement développé.

Attaquée successivement par Lebert, Broca et Lannelongue, la théorie de la diplogénèse n'est plus possible à soutenir aujourd'hui, car elle n'est applicable qu'à quelques cas particuliers et non à la généralité.

Lebert (1), après avoir combattu les idées de Geoffroy St-Hilaire, appliqua à tous les kystes dermoïdes sa loi de l'hétérotopie plastique : « Des tissus simples ou composés et même des organes plus complexes peuvent se former de toutes pièces dans des parties du corps où, à l'état normal, on ne les rencontre point. » Cette théorie a été réfutée par Trévoux (2) : « L'hétérotopie, dit-il, ne fait que constater le fait de l'existence d'un kyste dermoïde dans un organe où normalement il n'y a pas d'éléments épidermiques. Mais comment ce kyste a-t-il pu se former dans cet or-

(1) LEBERT, Des kystes dermoïdes et de l'hétérotopie plastique en général. *Mémoires de la Société de Biologie*, 1852, t. IV, p. 203.

(2) TRÉVOUX, *Loco citato*.

gane ? Aux dépens de quels éléments s'est-il développé ? Est-ce une formation de toutes pièces ? L'hétérotopie plastique ne peut nous l'apprendre. En réalité, la doctrine de l'hétérotopie de Lebert est la constatation d'un fait, mais ne saurait être élevée au rang de théorie pathogénique. »

Remak et Hensch (1) voient dans le kyste dermoïde le résultat d'une invagination dans l'intérieur du corps de parties de la peau riches en cheveux. Cette théorie n'est applicable qu'aux kystes dermoïdes du cuir chevelu.

Virchow (2) fait rentrer les kystes dermoïdes dans la catégorie des tumeurs tératoïdes, tumeurs formées par des cellules indifférentes. Ce n'est là qu'une seconde édition des idées de Lebert ; car Virchow, comme Lebert, constate les faits, mais n'essaye pas de les expliquer. Cohnheim et Koelliker admettent les idées de Virchow.

Billroth (3), dans son *Traité de pathologie chirurgicale* fait des kystes sébacés des kystes par rétention.

Lucke (4) donne plus d'étendue à la théorie de Remak, mais sans pouvoir expliquer la généralité des faits. Il en est de même des idées de Fraenkel (5) qui admet l'invagination du feuillet externe du blastoderme et ne l'applique qu'aux kystes simples.

Vint ensuite la théorie de parthénogénèse qui découle des idées émises par Remak et qui a compté d'illustres défenseurs tant en France qu'à l'étranger. Basée sur des trans-

(1) FRAENKEL, *Wiener medic. Wochenschrift*, 1883, n° 28.

(2) VIRCHOW, *Pathologie des tumeurs*.

(3) BILLROTH, *Traité de Pathologie chirurgicale*.

(4) FRAENKEL, *Loco citato*.

(5) FRAENKEL, *Loco citato*.

formations cellulaires successives, la parthénogénèse qui à première vue paraît satisfaire l'esprit, a comme un certain nombre de théories précitées le grave tort de ne s'appliquer qu'à un nombre très restreint de faits à expliquer. Parmi les défenseurs de cette théorie citons en France Mathias Duval (1), à l'étranger Oellacher (2), Waldeyer et Lawson Tait (3).

Nous arrivons à la théorie de l'enclavement que les Allemands attribuent à tort à Remak et dont Verneuil (4), avait jeté les bases en 1855 et 1858, théorie aujourd'hui admise par tous. Les kystes dermoïdes dérivent du feuillet externe du blastoderme par suite de l'enclavement de celui-ci dans les tissus sous-jacents. Ces données, appliquées d'abord aux kystes du pourtour de l'orbite se sont généralisées et on peut les appliquer aux kystes dermoïdes du voile du palais que nous étudions. Elles ont été particulièrement développées et soutenues dans le *Traité des kystes congénitaux* de Lannelongue et Achard (1), et résumées dans cette phrase : « Cette théorie considère les kystes dermoïdes comme dérivant du tégument cutané de l'embryon dont une portion, restée pour ainsi dire en arrière pendant le développement fœtal, se serait enclavée au sein des autres tissus et aurait par son accroissement ultérieur donné lieu à la formation d'un kyste. »

(1) MATHIAS DUVAL, Sur la segmentation sans fécondation. *Société de Biologie*, 1884, t. I.

(2) OELLACHER, *Die Veränderungen der unbefruchteten Keimes der Hühnereier u. Eileiter*. Leipsig, 1872.

(3) LAWSON TAIT, *Maladies des ovaires*, Traduction 1886.

(4) VERNEUIL, *Société anatomique*, 1855 et 1858, *Arch. de méd.* 1855, vol. I, p. 641 et vol. II, p. 24, 191 et 299.

(5) LANNELONGUE et ACHARD, *Traité des kystes congénitaux*.

Les expériences de Masse et surtout les recherches embryologiques actuelles sont venues corroborer les faits avancés par Verneuil. Le développement de la voûte palatine en deux parties symétriques si bien mis en lumière par Hertwig (1), l'examen des embryons, les faits de gueule de loup sont les meilleures preuves que l'on puisse donner en faveur de l'enclavement qui, comme le dit Comby, s'applique à toutes les tumeurs dermoïdes (2).

Pour préciser davantage, nous rappellerons qu'au début de la vie embryonnaire, l'épiderme à l'extrémité antérieure de l'embryon se déprime en une fossette dont le fond est constitué par une membrane : la fossette s'appelle la fossette buccale et la membrane, la membrane pharyngienne.

Cette membrane est formée à l'origine par l'ensemble des feuillets externe et interne du blastoderme et sépare par conséquent la fossette buccale de l'intestin antérieur. Mais elle n'a qu'une existence transitoire ; elle s'atrophie très vite et alors la cavité buccale proprement dite communique sans démarcation avec la cavité pharyngienne.

Le pourtour de la fossette buccale primitive vient alors constituer l'orifice de la bouche définitive et cet orifice qui est d'abord très régulier ne tarde pas à prendre un contour inégal. En effet, il est bientôt soulevé de chaque côté par deux bourgeons : l'un inférieur ou bourgeon maxillaire inférieur, l'autre supérieur, bourgeon maxillaire supérieur. Ces bourgeons sont constitués par un épaississe-

(1) HERTWIG, *Traité d'embryologie de l'homme et des vertébrés*. Traduction A. JULIN.

(2) COMBY, *Traité des maladies de l'Enfance*, V, p. 855.

ment méso-dermique recouvert d'une membrane cutanéomuqueuse d'origine ectodermique.

Bientôt ces bourgeons maxillaires supérieurs poussent de chaque côté un prolongement qui se porte horizontalement en dedans et qui forme la lame palatine. Ces lames palatines tendent progressivement à rejoindre la ligne médiane où elles finissent par s'unir.

On sait que l'absence de coalescence de ces lames constitue les divisions congénitales du voile et de la voûte.

D'autre part on comprend aussi que, dans leur mouvement de rapprochement, des particules de leur revêtement muqueux puissent être enclavées. Le développement ultérieur de ces parcelles constituera les kystes dermoïdes.

L'enclavement peut d'ailleurs se produire en des points différents : tout à fait en avant, tout à fait en arrière, ou même sur la future voûte osseuse. Si elle siège dans ce dernier point, la tumeur pourra très bien, comme le fait est fréquent pour les kystes dermoïdes de la queue du sourcil, contracter des adhérences avec le squelette et paraître unie au périoste par des liens fibreux de résistance variable. D'autre part, lorsqu'elle siège à la jonction du voile et de la voûte, il peut advenir qu'elle irrite l'os dans une certaine mesure, déterminant ainsi une exostose localisée plus ou moins développée. Le fait est important à préciser puisque à l'examen clinique ce point osseux pourra en imposer pour la cause productrice de la tumeur alors qu'il n'en est que la conséquence ; autrement dit on pourrait facilement croire à un abcès froid alors qu'il s'agit d'un kyste.

CHAPITRE VI

Traitement.

Que faut-il faire en présence d'un kyste dermoïde du voile du palais ? En nous reportant au chapitre II, nous voyons Lancerotte et Després se contenter d'une ponction avec un trocart, Legroux et Rieffel faire l'ablation totale. Entre ces deux règles de conduite, il n'y a pas à hésiter : chaque fois que l'on rencontre un kyste dermoïde du voile du palais, il faut en faire la cure radicale, « c'est-à-dire l'ablation complète, opération en général facile, à cause du peu d'adhérences de la tumeur et que l'on pourra faire à la cocaïne. Après avoir enlevé soigneusement la tumeur, il faudra immédiatement ou le plus tôt possible opérer la restauration du voile du palais par une suture des lèvres de la plaie. Si, par hasard, la réunion était impossible ou si les fils tiraient, on agirait alors comme dans l'urano-plastie : « pratiquer sur les parties latérales et de chaque côté une incision libératrice parallèle à la division. On incise avec le bistouri couche par couche jusqu'à ce que le rapprochement s'effectue sans effort (1) ».

(1) TILLAUX, *Traité de chirurgie clinique*, t. I, p. 340.

CONCLUSIONS

I. — Les kystes dermoïdes du voile du palais sont des curiosités pathologiques.

II. — Ils peuvent rentrer dans la catégorie des kystes dermoïdes des autres parties de l'organisme puisqu'ils présentent à peu près les mêmes symptômes, et ont la même structure.

III. — Leur pronostic est en général bénin, quoiqu'ils puissent être le point de départ d'un épithélioma et de troubles fonctionnels graves surtout chez les enfants.

IV. — Leur pathogénie peut s'expliquer par la théorie de l'enclavement de Verneuil.

V. — Leur traitement consiste dans une ablation totale avec restauration immédiate du voile du palais.

Vu :

Le Président de la thèse,
TILLAUX.

Vu :

Pour le Doyen,
L'Assesseur :
C. POTAIN.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- Ahlfeld (F.).** — Traduit in *Annales de gynécologie*, 1875, t. III, p. 369, t. IV, p. 344 ; 1876, t. V, p. 104 et 417.
- Anselmier.** — *Mon. des Hôp.*, 1856.
- J. Arnold.** — Ein Fall von congenitalen zusammengesetzten Lipom der Zunge und des Pharynx mit Perforation in die Schœdelhöhle. *Virchows Arch. f. pathol. Anat.* Bd L, S. 482.
- Baard de la Faille (J.).** — *Jets oven den Epignathus, eine teratologische Bydrage.* Groningen, 1874, Fall. 2.
- Bard.** — Des tumeurs à tissus multiples. *Lyon médical*, 6 mai 1888.
- Barrière.** — Thèse de Montpellier, 1878, n° 58.
- Billroth.** — *Traité de pathologie chirurgicale.*
- Blandin.** — *Gaz. Hôp.*, 1844, p. 290.
- Broca (B.).** — *Traité des tumeurs*, 2 vol. Paris, 1869.
- Caster.** — Observation in *Obstetr. Soc. of London*, 1884, p. 86.
- Clérault.** — Tum. congén. de la voûte palatine. *Bull. de la Soc. anat.*, 1874, p. 380.
- Comby.** — *Traité des maladies de l'enfance*, 1898, t. V, p. 855.
- Constantin (Paul).** — Etude pour servir à l'histoire des monstruosités parasitaires. *Arch. gén. de médecine*, 1862, vol. I, p. 641 et vol. II, p. 45, 194 et 273.
- Cornil et Babinsky.** — *Société anat.*, 1883.
- Cornil et Ranvier.** — *Soc. anat.*, 1885.
- *Manuel d'Histologie pathol.* Paris, 1882, t. II.
- Courtade.** — *Th. de Paris*, 1885.
- Cousin (P.).** — *Du développement des tumeurs de l'ovaire et en particulier des kystes dermoïdes.* Thèse de Paris, 1877, n° 419.
- Coyne.** — *Gaz. méd. de Paris*, 1874, p. 386.
- Cruveilhier.** — *Essai sur l'anatomie pathologique.*
- *Anatomie pathologique générale*, t. III, 1856, p. 360.
- Cusset (J.).** — *Etude sur l'appareil branchial des vertébrés et sur quelques affections qui en dérivent chez l'homme (fistules branchiales, kystes branchiaux, kystes dermoïdes).* Thèse de Paris, 1877, n° 181.
- Delbet (P.).** — *Traité de chirurgie* (Le Dentu et Delbet), t. I, 1896, p. 679.

- Denucé.** — *Soc. anat.*, 1874, p. 18.
- Depauer.** — Th. Berlin, 1879.
- Després.** — *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris, 1874, 3^e série, t. III, p. 371 et 386; 1890, nouv. série, t. XVI, p. 54.
- Dobson.** — *St-Thomas Hosp. Rep.*, 1875, p. 36.
- Fano.** — *Des tumeurs de la voûte palatine et du voile du palais.* Thèse d'agrég. Paris, 1857.
- Fonnegra.** — *Des épithéliomes enkystés du voile du palais.* Thèse de Paris, 1882-1883, n° 286.
- Fraenkel.** — *Wiener medic. Wochenschrift*, 1883, n° 28.
- Friedrich.** — Thèse de Berlin, 1870.
- Frochlich.** — Th. de Gottingen, 1880.
- Gegg-Markheim.** — *De l'inclusion fœtale.* Thèse de Paris, 1872, n° 269.
- Geoffroy Saint-Hilaire (Isidore).** — *Histoire générale et particulière des anomalies de l'organisation chez l'homme et les animaux*, 3 vol. avec atlas. Paris, 1832-1837.
- Giraldès (J.).** — *Leçons cliniques sur les maladies chirurgicales des enfants*, Paris, 1869.
- F. Guyon et T. Thierry.** — Note sur l'existence temporaire de kystes épidermiques dans la cavité buccale chez le fœtus et les nouveau-nés. *Arch. de physiologie*, 1869.
- Haas.** — *Tumeurs du voile du palais.* Th. de Strasbourg, 1861, n° 563.
- Haffter (E.)** (de Munsterlingen). — Ueber Dermoiden. *Archiv. der Heilkunde*, 1875, Bd XVI, S. 26.
- Henrot (A.).** — *Union méd. du Nord-Est*, Reims, 1880, p. 207.
- Hertwig.** — *Traité d'embryologie de l'homme et des vertébrés.* Traduction A. Julin.
- Heschl.** — Ueber die Dermoid Cysten. *Prager Vierteljahrschrift f. prakt. Heilk.*, 1860. Bd IV. Original aufsaetze, S. 36.
- Hess.** — *Beitrage zur Casuistik der Geschwülste mit zeugungsähnlichen*, Inhalte, 1854, Fall. I.
- Heurtaux (A.).** — *Nouv. dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. XIX, 1874, article Kystes.
- Hoffmann.** — *De fœtu monstruoso*, d'après Geoffroy Saint-Hilaire, *op. cit.*, t. III, p. 232.
- Hoffmann.** — Eine Mischgeschwulst des harten Gaumens. *Arch. für klin. Chir.*, Berlin, 1888-1889, t. XXXVIII, p. 98.
- Holmes (T.).** — *Thérapeutique des maladies chirurgicales des enfants*, trad. Larcher, Paris, 1870.
- Jourdain.** — *Journal de médecine*, t. XXXVII, 1778.

- Kidd.** — *Dublin hosp. Gaz.*, 1856, n° 6.
- King.** — *Lancet*, 1871, I, p. 264.
- Kirmisson.** — *Pathologie externe*, t. II, p. 703.
- Koelliker (A.).** — *Embryologie ou traité complet du développement de l'homme et des animaux supérieurs*, trad. Schneider, Paris, 1880-1882.
- Lannelongue et Achard.** — *Traité des kystes congénitaux*, 1886.
- De Larabrie.** — *Arch. gén. de méd.*, Paris, 1890, t. I, p. 537 et 677.
- Lawson Tait.** — *Maladies des ovaires*. Traduction, 1886.
- Lebert.** — Des kystes dermoïdes et de l'hétérotopie plastique en général. *Mémoires de la Société de Biologie*, 1852, t. IV, p. 203.
- Legroux.** — *Bulletin de la Société anatomique*, 1867, p. 10.
- Leroux.** — Thèse de Bordeaux, 1893.
- Marjolin.** — *Soc. anat.*, 1872, p. 353.
- Mathias Duval.** — Sur la segmentation sans fécondation. *Soc. de Biologie*, 1884, t. I.
- Meckel (J. F.).** — Mémoire sur les poils et les dents qui se développent accidentellement dans le corps. *Journal complémentaire du Dictionnaire des sciences médicales*, t. IV, 1819, p. 122 et 217.
- Mickulicz (J.).** — Beitrag zur Genese der Dermoïde am Kopffe. *Wiener medizin Wochenschrift*, 1876, n° 39, s. 953 ; 40, s. 983 ; 41, s. 1004 ; 42, s. 1030 ; 43, s. 1052 ; 44, s. 1077.
- Monniche.** — *Contribution à l'étude de l'adénome palatin*. Thèse de Paris, 1883, n° 140.
- Morestin.** — *Traité de Chirurgie clinique et opératoire* (Le Dentu et Delbet), t. VI, 1896.
- Moussaud (A.).** — *Des inclusions fœtales*. Thèse de Paris, 1861, n° 179.
- Oellacher.** — *Die Veränderungen des unbefruchteten keimes der Hühnerier i eileiter*. Leipzick, 1872.
- Ollivier (d'Angers).** — Mémoire sur la monstruosité par inclusion. *Arch. générales de médecine*, t. XV, 1827, p. 355 et 539.
- Ott (J.).** — *Contribution à l'étude des tumeurs du voile du palais*. Thèse de Paris, 1880, n° 26.
- Paget (Stephen).** — Tumeurs of the palate. *Saint-Barthol. hosp. reports*, London, 1886, t. XXII, p. 315 et *Trans. of the pathol. Soc. of London*, 1887, t. XXXVIII, p. 348.
- Parmentier.** — Essai sur les tumeurs de la région palatine. *Gaz. méd. de Paris*, 1856, p. 347 et 377.
- Pigné.** — *Bull. de la Société anat. de Paris*, juin 1846.
- Poelmann.** — *Bull. de la Soc. de méd. de Gand*, 1855, p. 10.
- Quénu.** — *Traité de Chirurgie* (Le Dentu et Delbet), t. I, 1896, p. 679.
- Rohden.** — Thèse de Berlin, 1872.

- Saucerotte.** — Kyste séreux du palais. *Gazette médicale*, 1856, p. 443.
- Soemmering** (1830). — *Himly-Geschichte Fœtus in fœtu*. Hannover, 1834, p. 112.
- Sonnenburg.** — In *Revue des Sciences méd.*, 1874, t. IV, p. 108.
- Studenki.** — *De quadam lingure infantis neonati abnormitate adhuc nondum observata*, 1834. D'après Ahlfeld, obs. 7.
- Thaon.** — *Soc. anat.*, 1872, p. 333.
- Tillaux.** — *Traité de Chirurgie clinique*, t. I, 1894, p. 235.
- Trélat.** — *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 1877, nouv. série, t. III, p. 714.
- Trévoux.** — *Des tumeurs à tissus multiples*. Thèse de Paris, 1888, p. 24.
- G. Vassaux et A. Broca.** — Contribution à l'étude des kystes à contenu huileux. *Arch. d'ophthalmologie*, juillet-août 1883.
- Verneuil.** — *Soc. anat.*, 1855 et 1858. *Archives de méd.*, 1855, vol. I, et II.
- Virchow.** — *Pathologie des tumeurs*.
- Wegelin.** — *Bericht ueber die Thaetigkeit der Saint-Gallischen naturwissenschaftlichen Gesellschaft*, 1860-61, p. 68.
- W. Hale White.** — Dermoïd tumour, probables growing from soft palate or base of skull. *Trans. of the Pathol. Soc. of London*, april 5, 1881, vol. XXXII, p. 201. *The British med. Journ.*, april 16, 1881, vol. I, p. 597.

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot. — J. Thevenot, successeur, Saint-Dizier.
